



**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
MODULO PER CITTADINI DOMICILIATI TEMPORANEAMENTE NELL'ATS DI BRESCIA**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

iscritto/a negli elenchi assistiti della ASL/ATS di \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**CHIEDE**

l'iscrizione negli elenchi degli assistiti di codesta ATS di Brescia per un periodo di mesi \_\_\_\_\_

per se stesso

per i seguenti familiari presenti sullo stesso stato di famiglia \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

per motivi di lavoro:

- Se dipendente indicare estremi identificativi del datore di lavoro e data di scadenza del contratto

- Se lavoratore autonomo indicare sede e tipologia dell'attività

per motivi di studio \_\_\_\_\_

(indicare estremi della scuola/corso universitario)

per motivi di salute \_\_\_\_\_

(indicare il codice dell'esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e successive integrazioni, D.M. 279/01 e/o il codice dell'esenzione per invalidità)

età >75 anni \_\_\_\_\_

inserimento in Comunità protetta presso \_\_\_\_\_

minori in affido/in attesa di adozione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD 679/2016).

Firma \_\_\_\_\_